

**Макаров Александр Борисович,**  
канд. мед. наук, врач травматолог-ортопед  
ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьская центральная  
городская больница»



# ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ, ПРИВОДЯЩИЕ К ИНВАЛИДНОСТИ

**СОЦИАЛЬНОЕ  
ПАРТНЕРСТВО**

УДК 617-089

В статье представлен опыт практикующего врача травматолога-ортопеда при лечении врожденных и приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у детей в детской поликлинике ГБУЗ ЯНАО «НЦГБ» города Ноябрьска.

This article represents the experience of the practitioner traumatologist-orthopedist in the treatment of congenital and acquired diseases and injuries of the musculoskeletal system, happened with children in the Noyabrsk Central Children's Polyclinic (city Noyabrsk) Yamal-Nenets Autonomous District.

**Ключевые слова:**

опорно-двигательный аппарат, врожденная патология, приобретенные заболевания, детский церебральный паралич, скрининговая УЗИ-диагностика, лечение ортопедических заболеваний.

**Key words:**

musculoskeletal system, congenital pathology, acquired diseases, cerebral palsy, screening ultrasound diagnosis, treatment of orthopedic diseases.

Минувшие 15 лет отмечены позитивными изменениями в отношении российских граждан к своему здоровью, активизации

ей политики государства в сфере охраны здоровья, повышением доступности медицинской помощи и увеличением средней продолжительности жизни. Вместе с тем по основным показателям состояния здоровья граждан мы проигрываем всем развитым странам, а здравоохранение рассматривается гражданами как наиболее ожидаемое направление государственных инвестиций. [2]

Сохранение и укрепление здоровья населения России – основная социокультурная проблема национальной безопасности и личного благополучия каждой семьи, каждого человека. Успешное разрешение проблемы предусматривает совместные координированные усилия и действия учреждений здравоохранения и образования, физкультурно-спортивных организаций и средств массовой информации, органов охраны природной среды и социальной защиты населения. [1]

Состояние здоровья детей и подростков – одна из важнейших проблем нашего государства. Поэтому анализ состояния их здоровья является актуальной задачей, решение которой позволит принять адресные меры по профилактике и лечению наиболее часто встречающихся заболеваний. Состояние физического развития детей и подростков, являясь важнейшим показателем благополучия подрастающего поколения, вызывает большую тревогу. [1]

За последнее десятилетие число детей инвалидов увеличилось в несколько раз. Показатели детской инвалидности продолжают ухудшаться.

Ведущее значение среди причин детской инвалидности имеет врожденная и наследственная патология, хромосомные болезни, болезни внутриутробного и перинатального периодов, у детей старших возрастных групп возрастает роль травматизма и приобретенной патологии. У многих детей риск инвалидности существует задолго до рождения. Можно утверждать, что большинство причинных факторов детской инвалидности действует в самые ранние периоды жизни.

Врожденные и приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5-7% детей. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Основные следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата, приводящие к инвалидности ребенка:

Заболевания нервной системы: детский церебральный паралич; полиомиелит.

Врожденная патология опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих бедра; косолапость и другие деформации стоп; аномалии развития позвоночника (сколиоз); недоразвитие и дефекты конечностей; аномалии развития пальцев кисти; артрогриппоз.

Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения позвоночника и конечностей; заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит); системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ведущим является двигательный дефект (недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Основную массу среди них составляют дети с церебральным параличом (89%). Детский церебральный

паралич – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Частота его проявления достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных (от 5 до 9 в разных регионах страны). ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга – большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. ДЦП проявляются в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Таким образом при ДЦП страдают самые важные для человека функции – движение, психика и речь. У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития при ДЦП могут широко варьировать.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания. Важнейшим из них являются:

1. Нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии).
2. Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи).
3. Наличие насильственных движений.
4. Нарушения равновесия и координации движений (атаксия).
5. Нарушение ощущений движения (кинестезий).
6. Недостаточное развития цепных установочных выпрямительных рефлексов (статокинетических рефлексов). (рефлексы поддержания вертикальной позы)
7. Синкинезии.
8. Наличие патологических тонических рефлексов.

Течение такого вида заболеваний нередко осложняется формированием контрактур суставов, нарушением функции конечностей, двигательные расстройства у этих детей сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, поэтому большинство из них нуждается не только в лечебной и социальной помощи, но и в психолого-педагогической и логопедической коррекции. В их социальной адаптации определяются два направления. Первое имеет целью приспособить к ребенку окружающую среду. Для этого существуют специальные технические средства передвижения (коляски, костыли, трости, велосипеды), предметы обихода (тарелки, ложки, особые выключатели электроприборов), пандусы, съезды на тротуарах. Второй способ адаптации ребенка с двигательным дефектом – приспособить его самого к обычным условиям социальной среды (медицинские мероприятия).

На учете в детской поликлинике ГБУЗ ЯНАО «НЦГБ» состоит 131 ребенок с диагнозом: ДЦП. 112 (85%) из них признаны инвалидами. Лечение детей данной диспансерной группы является сложной задачей и должно осуществляться комплексно. На фоне медикаментозной терапии, показанной при данной форме заболевания, необходимо проводить мероприятия, направленные

ные на профилактику и устранение нарушений функции и деформации конечности. С этой целью назначаются различные физиопроцедуры для стимуляции обменных процессов в тканях поражённой конечности, уменьшения спазма мышц. Кроме того, проводится избирательный массаж, а также ЛФК, направленная на предотвращение гипотрофии мышц и формирование правильных двигательных стереотипов, рекомендуется лечение в специализированных санаториях. Также назначаются различные виды ортопедических пособий: тьютора, ортезы, корсеты, ортопедическая обувь и др. Обеспечение данными приспособлениями осуществляется на основании ИПРА Фондом соц. Страхования.

В ГБУЗ ЯНАО «НЦГБ» для лечения ДЦП достаточно успешно применяется такой метод лечения как ботулинотерапия. Это метод лечения различных заболеваний с использованием препаратов ботулинического токсина (БТА). В нейропедиатрии ботулотоксин используется для нормализации повышенного тонуса мышц преимущественно у больных ДЦП. БТА блокирует передачу импульса от нервного волокна к мышце. Это уменьшает сокращение мышц и приводит к обратимому снижению мышечного тонуса. В зависимости от степени тяжести заболевания, БТА вводят для:

- улучшения походки и функции – легкая степень тяжести ДЦП;
- коррекции позы – средняя степень тяжести ДЦП;
- уменьшения выраженности болевого синдрома и/или дискомфорта, а также облегчения ухода за пациентом – тяжелая степень ДЦП.

Однократное введение ботулинического токсина снижает повышенный тонус мышц, увеличивает степень их растяжимости и объем движений в суставах, а также снижает степень болезненности при проведении реабилитации, тем самым открывая новые возможности для тренировки двигательных навыков. Ребенку не нужно с трудом и потом преодолевать ограничения движения суставов, скованных спастической мышцей. Нередко мы сочетаем ботулинотерапию с последующим поэтапным гипсованием как самостоятельный метод лечения или как этап в подготовке к оперативному лечению.

Оперативное лечение имеющихся деформаций при ДЦП показано при неэффективности консервативного лечения, формировании стойких контрактур суставов и деформаций конечностей, значительно нарушающих функцию конечности. В послеоперационном периоде продолжают консервативные мероприятия, направленные на дальнейшую реабилитацию и профилактику рецидива деформации.

Из состоящих на учете детей с ДЦП на данный момент оперированы 36 человек (27%). Операции проводятся как в ГБУЗ ЯНАО «НЦГБ», так и за пределами Ноябрьского региона в Федеральных центрах по программам ОМС или ВМП.

Пациентам проводилась такие виды операций, как различные виды сухожильной пластики, удлинение и митомии различных групп мышц, коррегирующие остеотомии, селективные ризотомии. Все дети находятся на диспансерном учете до перехода под наблюдение специалистов взрослой поликлиники.



## ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА

– это врождённая неполноценность сустава, обусловленная его неправильным развитием, которая может привести (или привела) к подвывиху или вывиху головки бедренной кости – к «врождённому вывиху бедра» (англ. congenital dislocation of the hip). Врожденный вывих бедра – одно из наиболее тяжелых и часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей. Проблема раннего выявления и лечения данного заболевания и по сегодняшний день является весьма важной среди современных задач детской ортопедии. Раннее лечение врожденного вывиха бедра ставят в основу профилактики инвалидности при этом заболевании, так как полного выздоровления можно добиться только при лечении детей с первых недель жизни. Диспласти-

ческие изменения встречаются в тазобедренных суставах 1,0 – 1,5% всех новорождённых, причём у девочек в 5 – 6 раз чаще, чем у мальчиков.

Диагноз ставится на основании клинических симптомов, но наиболее точное представление о степени дисплазии даёт рентгенологическое исследование. К сожалению, так как рентгенограммы тазобедренных суставов становятся наиболее информативными в 3 месячном возрасте, что и определяет дату первого рентгенологического исследования, зачастую встречаются трудности при определении степени дисплазии у детей, которые получали лечение до рентгенографии. Избежать этого позволяет метод УЗИ-диагностики патологии тазобедренных суставов. Этот метод может применяться в самых ранних сроках жизни ребёнка, позволяет достоверно оценить степень дисплазии не только костных, но и хрящевых структур. Внедрение данного метода многократно снижает лучевую нагрузку на организм ребёнка, позволяет начать необходимое лечение практически с первых дней жизни ребенка, что, в свою очередь, достоверно сокращает сроки лечения с применением ортопедических шин и позволяет добиться хорошего анатомического и функционального результата.

С 2010 г. в практику работы травматологического кабинета детской поликлиники ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьская ЦГБ» внедрен метод скрининговой УЗИ-диагностики патологии тазобедренных суставов у новорожденных. Все новорожденные в возрасте 1 месяца проходят ультразвуковое обследование тазобедренных суставов при первичном обращении к ортопеду. При выявлении отклонений на ультрасонограмме в сочетании с данными клинического осмотра ребенку назначается либо наблюдение с последующим УЗИ-контролем за динамикой развития тазобедренного сустава через 2,5 – 3 месяца, либо раннее реабилитационно-восстановительное лечение. В таблице 1 приведены данные о результатах скринингового УЗИ-обследования тазобедренных суставов у новорожденных за последние три года.

*Таблица 1. Результаты скринингового УЗИ-обследования тазобедренных суставов у новорожденных*

Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Количество УЗИ-обследований	2796	2962	2580
Выявлено патологии	68	72	62
Что составило в %	2,4%	2,4%	2,4%

Консервативное лечение данной патологии, особенно в амбулаторных условиях, до сих пор остается сложной проблемой, так как, несмотря на множество предложенных методик и приспособлений, нормализация взаимоотношений элементов, образующих тазобедренный сустав, достигается далеко не всегда. Согласно данным литературы, остаточные дефекты развития тазобедренного сустава не только после консервативного, но и по-

сле оперативного лечения составляют от 10% до 60%. В то же время, стремление добиться полного излечения любой ценой, в частности, устранить вывих бедра закрытым одномоментным вправлением, нередко приводит к развитию тяжелых осложнений со стороны сустава. Исходом этих осложнений является, как правило, деформирующий коксартроз. Учитывая большой процент инвалидизации больных с данной патологией, своевременное и правильное лечение дисплазии тазобедренного сустава, подвывихов и вывихов бедра, как профилактика развития деформирующих коксартрозов, становится социально значимой проблемой.

Метод закрытого одномоментного вправления врожденного вывиха бедра с последующим наложением гипсовой повязки в настоящее время считается ошибочным, так как он нередко приводит к дистрофическим изменениям в головке бедра. Функциональный метод лечения позволяет постепенно вправить головку бедра в суставную впадину, не ограничивая в то же время подвижность в нижних конечностях.

С 2000 г. в работу травматолого-ортопедического кабинета детской поликлиники внедрена методика комплексного функционального лечения врожденного вывиха бедра у детей 1 года жизни. Используется методика, разработанная и успешно применяемая в отделении патологии тазобедренных суставов Научно-исследовательского детского ортопедического института им. Г.И. Турнера г. Санкт-Петербурга.

Методика лечения дисплазии и врожденного вывиха бедра с применением функциональной шины состоит в следующем. Лечение начинается сразу же после установления диагноза. В первые 1 – 2 недели ребенку назначается шина Фрейка для адаптации ребенка к положению отведения конечностей и ЛФК по общепринятой методике. По мере привыкания ребенка к разведенному положению конечностей он переводится на постоянную иммобилизацию в функциональной шине. Производится постепенное, дозированное отведение бедер в горизонтальной плоскости за счет раздвижения полуколец. В результате наступает расслабление приводящих мышц бедра и вправление головки бедра в суставную впадину. При клинической картине нормализации взаимоотношений в тазобедренном суставе через 2 – 4 недели производился рентгенологический контроль. Следующая рентгенография выполнялась, обычно, через 2 – 3 месяца для оценки эффективности лечения и определения сроков дальнейшей иммобилизации в шине. Сроки нахождения в шине обычно составляли от 3-х до 6-ти месяцев. В период нахождения ребенка в шине проводятся различные физиотерапевтические мероприятия. Назначается массаж ягодичных мышц, электрофорез сосудорасширяющих средств (эуфиллин, никотиновая кислота) на пояснично-крестцовый отдел позвоночника, электрофорез кальция и фосфора на тазобедренные суставы, чередуя с парафиновыми аппликациями. Эффективность лечения оценивалась клинически и рентгенологически. Клинически оценивалась стабильность достигнутого вправления, объем движений в тазобедренных суставах. При рентгенологическом исследовании оценивалась энхондральная оссификация верхнего края суставной впадины, соответствие возрасту ребен-

ка размеров ядра оссификации головки бедра. При достижении клинико-рентгенологической картины нормализации взаимоотношений в тазобедренном суставе иммобилизация в функциональной шине прекращалась, и ножки ребенка переводились в положение Лоренц-2 с одновременным приданием им положения внутренней ротации и постепенным приведением конечностей до среднего положения. Для этого применялись шины Виленского, либо функциональная гипсовая повязка, имитирующая шину Мирзоевой. Положение головки бедра в суставной впадине контролировалось рентгенологически. Этот этап продолжался в течение 3 – 6 месяцев. В это время повторялся вышеуказанный комплекс физиотерапевтических мероприятий. Вопрос о прекращении иммобилизации и разрешения нагрузки на ноги решался индивидуально. Критериями являлись стабилизация сустава при отсутствии дистрофических ишемических нарушений в проксимальном отделе бедренной кости, нормальная оссификация свода вертлужной впадины, соответствие возрасту размеров ядра оссификации головки бедра, уменьшение избыточной антеверзии шейки бедра. При условиях достижения положительных результатов осевая нагрузка на ноги разрешалась ребенку в возрасте около 1-го года. В последующем ребенок находился под диспансерным наблюдением. Наблюдение осуществлялось по следующей схеме: от года до трех лет – один раз в 6 месяцев и далее один раз в год. Контрольная рентгенография выполнялась на втором году жизни один раз в 6 месяцев, в дальнейшем – 1 раз в год или по показаниям. Если данная методика не позволяла добиться успеха, то это служило основанием для планирования оперативного лечения – открытого вправления бедра в возрасте от 9-ти месяцев до 1,5 лет.

По данной методике за период 2000 – 2017 гг. пролечено 152 ребенка (236 суставов) в возрасте до одного года. Неудовлетворительными признаны результаты лечения у 2 детей (4 сустава), что составило 1,7% от общего количества пролеченных суставов. В одном случае не удалось добиться вправления вывиха из-за отказа родителей от предложенного функционального лечения. Во втором случае у ребенка на фоне неврологического заболевания произошел рецидив вывиха бедер после прекращения ношения шины и начала самостоятельной ходьбы. Оба ребенка прооперированы. Остальные дети пролечены консервативно с применением вышеуказанной методики, результаты лечения признаны хорошими или удовлетворительными. Также, в результате внедрения данной методики, процент выхода детей с врожденным вывихом бедра на инвалидность снизился до 1,3%. В настоящее время на диспансерном учете состоит 45 детей с врожденной патологией тазобедренных суставов. Инвалидность оформлена у 1 ребенка (2,2%).

Косолапость – это деформация стопы, при которой она отклоняется внутрь от продольной оси голени. Врожденная косолапость встречается в одном случае на 1200 – 1500 родов. Соотношение между мальчиками и девочками соответствует примерно 2 к 1. Согласно оценкам, более 100 тысяч детей во всем мире каждый год рождаются с врожденной косолапостью. Случаи запущенной косолапости накладывают социальное, психологическое и финансовое бремя на пациентов, их семьи и общество.

В глобальном масштабе запущенная косолапость является самой серьезной причиной инвалидности среди врожденных дефектов опорно-двигательного аппарата.



*Косолапость*

До недавнего времени много детей с косолапостью подвергались хирургическому лечению, часто с неудовлетворительными результатами и осложнениями.

Обычным делом является потребность в одной или более повторных операциях. Хотя стопы после хирургического вмешательства и выглядят лучше, они тугоподвижны и часто – болезненны. По окончании подросткового возраста интенсивность болей возрастает, и пациент часто становится инвалидом.

Косолапость у здорового во всех других отношениях ребенка может быть откорректирована в течение 2 месяцев или даже быстрее с помощью метода лечения мануальной коррекции и применения гипсовых повязок, с минимальным использованием хирургии или даже без нее.

С 2010 года для лечения врожденной косолапости применяется метод Игнасио Понсети, который, в настоящее время, считается методом выбора при лечении данной патологии. Лечение включает 3 этапа. Первый этап – исправление деформации гипсовыми повязками. Лечение по методу Понсети заключается в еженедельной смене гипсовых повязок, при этом производится поэтапная коррекция деформации стопы. Как правило, полная коррекция деформированной стопы, даже в тяжелых ситуациях, достигается за 5-6 смен гипсовых повязок. Второй этап – ахиллотомия. При косолапости ахиллово сухожилие всегда укорочено, поэтому большинство детей нуждаются в его удлинении. Методика Понсети предполагает использование самого щадящего метода его удлинения – закрытую ахиллотомию. В большинстве случаев подкожное пересечение ахиллового сухожилия выполняется для завершения коррекции эквинуса – подошвенного сгибания стопы. После операции накладывается последний гипс сроком на 3-4 недели. Этого периода достаточно для того, чтобы ахиллово сухожилие срослось с необходимой для коррекции длиной. Третья часть лечения – закрепление полученного результата. Для этого используются специально разработанные шины (брейсы), позволяющие избежать рецидива деформации. Режим ношения брейсов, предписанный ортопедом должен строго соблюдаться. Вылеченный ребенок должен проходить регулярные обследования до 2-5 лет.

По данной методике на данный период пролечено 19 детей (31 стопа). У всех детей достигнуты отличные и хорошие результаты. Рецидивы деформации отмечены у трех детей, что было связано с нарушением родителями режима ношения брейсов. Повторные курсы гипсования с положительным эффектом проведены у двух детей. В одном случае понадобилась повторная ахиллотомия. Поэтому очень важной задачей становится добиться от родителей понимания того, что соблюдение режима ношения брейсов является одним из самых важных моментов в достижении успеха при лечении врожденной косолапости. В целом, после внедрения в практику методики лечения врожденной косолапости по Понсетти процент выхода на инвалидность у детей с врожденной косолапостью снизился до 0%.



*Результаты лечения после ахиллотомии*



*Результаты лечения в брейсах*

## **ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФОРМАЦИИ СКЕЛЕТА**

В настоящее время на диспансерном учете состоит 25 детей с врожденной патологией опорно-двигательного аппарата, из них 9 инвалидов (36%).

Эту диспансерную группу пациентов можно на-



*Отдаленный результат через 2 года*

звать наиболее тяжелой в плане ведения. Это объясняется большой разнообразностью патологии, представленной в этой группе, а также низкой эффективностью, в данном случае, консервативной терапии. Среди этих пациентов наиболее высокий процент инвалидности так как большинство из врожденных деформаций сопровождается выраженными нарушениями опорной и двигательной, трудовой функции верхних и нижних конечностей. Подавляющее большинство таких детей нуждается в оперативном лечении, нередко многоэтапном. Консервативная терапия в этой группе является этапом подготовки к оперативному лечению, либо становится одним из методов реабилитации в послеоперационном периоде. Целью в этом случае является профилактика рецидивов деформации, предупреждение или уменьшение контрактур суставов, профилактика гипотрофии мышц, формирование правильных двигательных стереотипов, стимуляция защитных сил организма.

В количественном отношении на первом месте идут различные врожденные аномалии верхней конечности. Это гипоплазии и аплазии различных сегментов конечности, сопровождающиеся контрактурами суставов, различные виды косорукости, различные формы синдактилий и др. К сожалению, лишь при некоторых вариантах врожденных пороков развития есть возможность создания практически нормальной кисти (простые формы синдактилии, полидактилии и пр.), во всех остальных случаях как хирург, так и родители, стоят перед необходимостью тяжелого и порой неоднозначного выбора технологии лечения и желаемого конечного результата.

Кроме того, в этой диспансерной группе имеются дети с аномалиями развития нижней конечности, позвоночника, а также дети с системными врожденными заболеваниями (ахондроплазия, хондродисплазии, артрогриппоз). Все дети данной диспансерной группы находятся под наблюдением до 18-ти летнего возраста и нередко продолжают начатое в детстве лечение под наблюдением специалистов взрослой поликлиники.

Критерии инвалидности: стойкие от незначитель-

ных до умеренных нарушений нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций (статодинамических) и нарушения, обусловленные физическим внешним уродством, приводящие к ограничениям самообслуживания, самостоятельного передвижения, общения, обучения, определяющие необходимость социальной защиты ребёнка.

## ПРИБРЕТЕННЫЕ ДЕФОРМАЦИИ СКЕЛЕТА

В настоящее время на диспансерном учете состоит 74 ребенка с приобретенной патологией опорно-двигательного аппарата, из них 10 инвалидов (13,5%).

Критерии: Стойкие и выраженные нарушения функций ОДА, сохраняющиеся после проведенной адекватной терапии, ограничивающие способность к передвижению, самообслуживанию, трудовой деятельности.

В эту группу объединены дети с деформациями скелета, возникшими вследствие заболеваний опорно-двигательного аппарата либо перенесённых травм.

Основная масса – это дети с различной степенью выраженности сколиотической деформацией позвоночника. И тут возникает странная ситуация. Инвалидами дети становятся после проведенного оперативного лечения, так как в результате операции позвоночник утрачивает подвижность пожизненно.

Кроме того, в диспансерную группу с приобретенными деформациями ОДА включены пациенты с последствиями скелетных травм. В основном это дети, у которых в результате переломов развились деформации верхних и нижних конечностей. У таких детей основным этапом в реабилитации является оперативное лечение – корригирующая остеотомия, направленная на устранение имеющейся деформации.

Двое детей наблюдаются по поводу посттравматической деформацией пальцев кистей. Как можно более полное восстановление функции кисти как трудового органа является основной целью реабилитации данных пациентов.

Кроме того, в диспансерную группу с приобретенной патологией ОДА включены пациенты различными видами остеохондропатий (в частности болезнь Пертеса), посттравматическими деформациями и другими системными заболеваниями ОДА. Также имеются пациенты с нарушениями роста конечности на фоне перенесённого острого гематогенного остеомиелита. Все пациенты регулярно получают консервативную восстановительную терапию, направленную на предупреждение прогрессирования деформации, стимуляцию роста конечности, профилактику артрозов. В случае с деформациями, возникшими на фоне рахита, обязательно назначение противорахитического лечения. Показания к оперативному лечению ставятся при неэффективности консервативного лечения, прогрессирования деформации. На учёте дети данной диспансерной группы находятся до окончания костного роста. (Таблица 2).

**Заключение.** Целью диспансеризации в травматологии и ортопедии детского возраста является профилактика и устранение деформации органов опоры и движения, и восстановление их функции у детей с врождёнными и

Патология	Количество	Из них инвалидов
ДЦП	131	112 (85,0%)
Врожденный вывих бедра	45	1 (2,2%)
Врожденная косолапость	19	-
Врожденные деформации ОДА	25	9(36,0%)
Приобретенные деформации ОДА	74	10 (13,5%)
<b>Всего</b>	<b>294</b>	<b>132 (45,0%)</b>

приобретёнными заболеваниями костно-мышечной системы и последствиями травм. При врождённых деформациях ортопедическая профилактика в прямом смысле невозможна, так как дети уже родились с пороками развития. В данном случае целью профилактических мероприятий является предупреждение дальнейшего прогрессирования деформаций. Исходя из этого, сформулированы следующие основные постулаты детской ортопедии, строгое соблюдение которых позволяет достаточно успешно проводить реабилитацию пациентов детского возраста с врожденной и приобретенной патологией ОДА:

1. Диагностика деформаций должна проводиться по возможности в самые ранние сроки. Оптимальным является распознавание врождённых деформаций в родильном доме.
2. Лечение приобретённых деформаций следует начинать сразу же после установления диагноза, а лечение врождённых деформаций – с первых дней жизни ребёнка.
3. Любое лечение ортопедических заболеваний должно начинаться с консервативных методов.
4. Применение оперативных методов лечения возможно только при безуспешности консервативного лечения.
5. После любой операции, для предупреждения рецидива, необходимо регулярно проводить консервативную восстановительную терапию.
6. До окончания роста ребёнок должен находиться под наблюдением ортопеда.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов российской федерации, 2014.
2. Здравоохранение современное состояние и возможные сценарии развития. – М.: Издательский дом: Высшей школы экономики, 2017.